

## **El modelo transteórico del comportamiento en salud\***

*The transtheoretical model of health behavior*

**Gustavo A. Cabrera A.<sup>1</sup>**

### **Resumen**

El modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud MT, se originó en la década de los años 70 gracias a un análisis comparativo de teorías relevantes para explicar cambios en el comportamiento de dependientes de drogas; su nombre se derivó de la integración de los principios y componentes teóricos de los sistemas terapéuticos analizados. Hoy, el MT explica el cambio del comportamiento según cinco variables: etapas y procesos del cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación. El artículo describe antecedentes históricos, componentes actuales, así como la representación esquemática, la conceptualización y operacionalización de las variables del MT tal como fueron aplicadas en una investigación referida a la promoción de la salud basada en modelos.

### **Palabras clave**

Transteoría, etapas de cambio, promoción de la salud, tabaquismo.

### **Abstract**

The transtheoretical model of health behavior change is a product of a comparative analysis of leading theories of psychotherapy and behavior change. The model uses a temporal dimension, the stages of change, to integrate processes and principles of change from different theories, hence the name transtheoretical. Posits that health behavior change involves progress through six stages of change: precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance, and termination. Another core constructs of the

---

\* Según investigación: *Transteoría y análisis estratégico en el control local del tabaquismo*. Premio de la categoría 2, temáticas de Salud Pública, Jornadas de Investigación del Congreso Internacional Salud Para Todos, Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el siglo XXI, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 6-10 de diciembre de 1999, Medellín, Colombia.

<sup>1</sup> Profesor Escuela de Salud Pública e Investigador CEDETES, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Email: gustacab@mafalda.univalle.edu.co.

transtheoretical model are processes of change, decisional balance, self-efficacy, and temptation. This article present the origins and core components of model and the way to use his constructs in research and practice in the context of health promotion based models.

## **Key words**

Transtheoretical model, stages of change, health promotion, smoking.

## **Introducción**

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales.<sup>1</sup> Tradicionalmente el comportamiento de las personas y muy específicamente el comportamiento con efectos en salud, ha sido observado, descrito y explicado como un evento discreto, más que como un proceso y mucho menos como una secuencia de etapas.<sup>2</sup>

El modelo transteórico del cambio del comportamiento en salud MT se consolidó durante los años noventa como una de las propuestas más innovadoras en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por las posibilidades que ofrece para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos a quienes están dirigidas las acciones.<sup>3</sup> La fuerza del MT está en su ya demostrada capacidad de acelerar la velocidad de los cambios comportamentales en las poblaciones intervenidas según sus variables o constructos explicativos; es hoy reconocido como un recurso innovador en el área de educación y promoción de la salud, en fuerte proceso de difusión mundial, y es considerado por diversos autores como un importante factor en la redefinición de la base teórica de las intervenciones del área en los últimos años.<sup>1-5</sup>

A continuación se presentan algunos antecedentes relevantes, las premisas y componentes centrales del MT, así como la representación gráfica, la operacionalización de las variables del modelo y la parte correspondiente al instrumento de recolección de información desarrollado en una investigación<sup>1</sup> que, en el contexto de la promoción de la salud, se propuso demostrar la viabilidad y relevancia de la aplicación de propuestas teóricas en la práctica.<sup>6</sup>

## **Antecedentes del modelo**

Un estudio analítico ejecutado por James O. Prochaska en el año 1979, en Estados Unidos de América, tuvo como meta sistematizar el campo de la psicoterapia de las dependencias, según ese autor y en ese entonces, fragmentado en más de 300 propuestas teóricas. El MT fue el producto central del análisis comparativo de veintinueve de las teorías relevantes y disponibles a fines de los años setenta para explicar cambios en el comportamiento de

dependientes de drogas y consumidores de cigarrillo. El modelo derivó su nombre de la integración de los principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados.<sup>7</sup>

Otros análisis posteriores de teorías y modelos del comportamiento humano, así como observaciones del cambio espontáneo e inducido del comportamiento de consumidores de tabaco y validaciones empíricas de propuestas de intervención para facilitar el abandono del consumo de sustancias generadoras de dependencia, fueron reportados como evidencias de conclusiones preliminares sobre la naturaleza de las etapas y los procesos que subyacen al cambio comportamental.<sup>8</sup>

Estos reportes preliminares de la aplicación en la práctica del MT (especialmente con relación al consumo regular de tabaco y sobre cómo las personas cambiaban su comportamiento de fumar por voluntad propia o como consecuencia de intervenciones externas planeadas terapéuticamente) fueron los primeros esfuerzos por aislar y describir con mayor precisión los componentes y etapas básicas del aún parcialmente desconocido proceso de cambio de este comportamiento de riesgo para la salud.<sup>9</sup>

A mediados de los años ochenta, nuevos avances en la teoría y práctica generados por diversos grupos de investigación con intereses en la aplicación de modelos explicativos del comportamiento del consumo de tabaco y de los comportamientos relacionados con la salud, llevaron a la incorporación en el MT de los constructos de autoeficacia, tentación y balance decisorio. Esto ocurrió para reforzar la capacidad de las etapas y procesos de cambio para evaluar y predecir los cambios espontáneos e inducidos en el comportamiento de consumo de cigarrillo.<sup>2</sup>

En los primeros años de los noventa, en Estados Unidos de América y algunos países de Europa, el MT fue progresivamente incorporado en las investigaciones e intervenciones de un amplio número de comportamientos ya reconocidos como de riesgo para la salud.<sup>10</sup> Diversas publicaciones reconocían la capacidad del modelo para describir y explicar las distintas etapas que son comunes a la mayoría de procesos de cambio comportamental.<sup>2</sup> Recientemente el MT es usado en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamientos saludables como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares.<sup>3-5</sup>

## **Premisas del modelo**

El MT está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden

facilitar dicho cambio. Las premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del MT indican que:<sup>2</sup>

- Ninguna teoría o modelo responde totalmente por la complejidad explicativa del cambio comportamental.
- El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas.
- Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.
- La mayoría de las poblaciones de riesgo no están preparadas para actuar y, por eso, no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales.
- Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos.
- La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción.
- Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio; las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo.
- Los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol.
- Las intervenciones requieren evolucionar de un reclutamiento reactivo de participantes a uno proactivo.
- El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

## **Variables del MT**

El MT explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia<sup>2</sup>. La tabla 1 resume variables y componentes del MT tal como fueron descritos y usados en una investigación sobre promoción de la salud basada en modelos:<sup>1</sup>

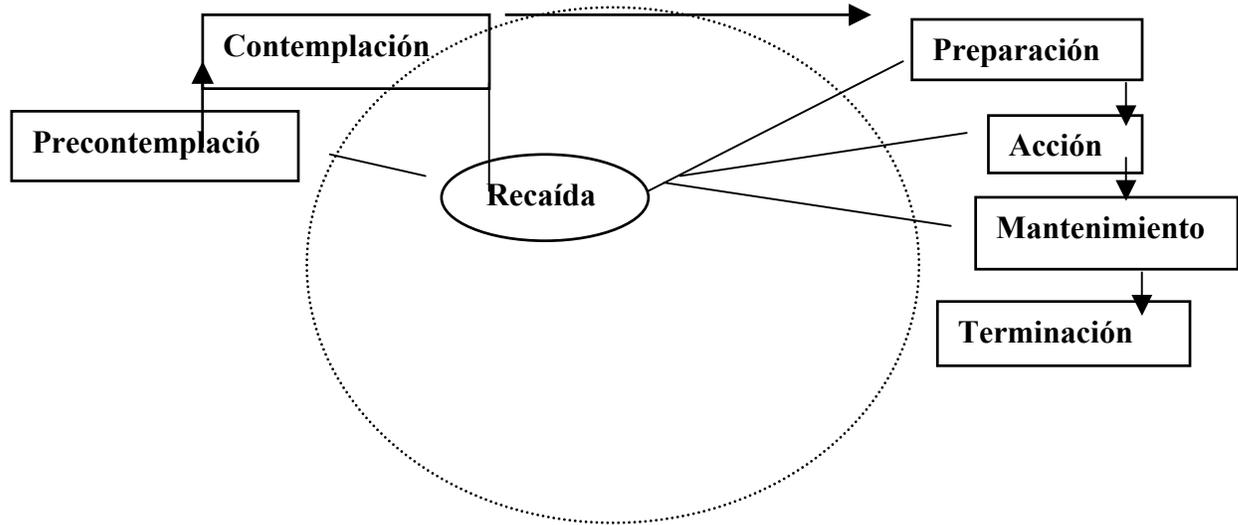
**Tabla 1.** Variables y componentes del modelo transteórico del cambio comportamental

Etapas de cambio	Procesos de cambio	
Precontemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento	Concientización Catarsis  Auto afirmación Acondicionamiento Relaciones de apoyo	Autoevaluación Revaluación ambiental Liberación social Control de estímulos Administración de eventos

**Comportamiento objetivo**

<b>Balance decisorio</b>	<b>Tentación</b>
Pros y contras para cambiar  <b>Autoeficacia</b>	Situaciones emocionales negativas Situaciones emocionales positivas Impulsos incontrolables

El MT usa una dimensión temporal, las etapas de cambio,<sup>2</sup> para integrar los procesos y principios explicativos del cambio comportamental de diferentes teorías. El cambio implica un fenómeno que ocurre con relación al tiempo, pero sorprendentemente casi ninguna teoría o modelo incluye un constructo representativo del tiempo. Por eso ha sido frecuente describir y explicar el cambio comportamental como un evento: dejar de fumar, parar de beber o de comer en demasía. El MT explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas, las cuales son presentadas a continuación. La figura representa esquemáticamente la propuesta visual desarrollada y aplicada en un ejercicio de investigación<sup>1</sup> consolidado a partir de los conceptos del modelo.



**Figura 1.** Representación de las etapas del cambio del MT<sup>1</sup>

La precontemplación es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes seis meses. Un subgrupo de las personas clasificadas dentro de la etapa de precontemplación, puede estar allí por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento. Otro subgrupo puede haber tenido intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud. Estos programas no involucran a este tipo de personas, por la incoherencia entre los propósitos de las intervenciones y de las necesidades particulares de los individuos.

La contemplación es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores están conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande. Los contempladores comienzan a considerar el cambio pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día. Individuos así clasificados tampoco son aptos para los propósitos de programas tradicionales orientados a la acción comportamental.

La preparación es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas por las intervenciones.

La acción es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido históricamente y simplísticamente equiparado a la acción a pesar de que, como se describe aquí, es sólo una de las seis etapas del cambio. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es en esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

El mantenimiento se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída o el relapso, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

La terminación es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras.

Los procesos de cambio<sup>2</sup> son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales de los individuos. Son el elemento básico del MT para ser aplicado en el diseño de programas e intervenciones promotoras de la salud con impactos comportamentales directos e indirectos, puesto que catalizan las transiciones de una etapa a otra cualquiera en la secuencia.

El balance decisorio<sup>2</sup> refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. La investigación acumulada respecto

de este constructo permitió la simplificación de las dimensiones del balance decisorio en pros o beneficios y contras o costos de cambiar.

La autoeficacia<sup>2</sup> es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud. Este componente del MT es incorporado específicamente de la teoría cognitivo social de Alberto Bandura. En el proceso de cambio, la autoeficacia demostró ser un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen.

La tentación<sup>2</sup> refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos.

Como base de una investigación, en la que se usaron dos modelos teóricos para diseñar una propuesta de control local del tabaquismo,<sup>1,6</sup> los constructos del MT<sup>2</sup> fueron definidos, dimensionados y operacionalizados con relación al comportamiento de consumo de tabaco. La tabla 2 es la tabla de variables propuesta para responder a los objetivos de un trabajo de investigación desarrollado recientemente en lo que respecta al MT.

**Tabla 2.** Variables del MT y su operacionalización<sup>1</sup>

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador operacional
Etapas de cambio 10	Dimensión temporal del MT según etapa en la que una persona puede ser clasificada por su intención o comportamiento	Precontemplación -1	Sin intención de dejar de fumar en 6 meses
		Contemplación -2	Con intención de dejar de fumar en 6 meses
		Preparación -3	Intención de dejar de fumar en 30 días
		Acción -4	Cesación de fumar entre 1 y 6 meses
		Mantenimiento 5	Cesación de fumar entre 7 y 24 meses
Tentativa de cambio 11 y 12	Acción dirigida a la cesación de fumar	Historia	Reporte de tentativa previa durante la vida
		Frecuencia	Número de tentativas en los últimos 12 meses

Recaída 13 y 14	Regresión de la etapa de acción o de mantenimiento	Frecuencia	Número de recaídas en los 12 meses previos
		Causalidad	Causas referidas de las recaídas
Tentación 15	Deseo de practicar un comportamiento	Contexto	Situación identificada por el sujeto como tentadora para consumir cigarrillos
Balance decisorio 16	Dimensión del MT que refleja evaluaciones internas sobre el cambio	Puntaje	Producto de las evaluaciones de los sujetos en etapas de precontemplación, contemplación y preparación respecto de su intención de abandono del cigarrillo identificado por el sujeto como representativo de su autoeficacia para nunca más volver a fumar
Autoeficacia 17	Percepción de confianza para enfrentar situaciones tentadoras	Nivel	

La siguiente es la parte del instrumento de recolección de información que fue construido, propuesto y utilizado en terreno sobre las variables del MT:<sup>1</sup>

10 Respecto del consumo de cigarrillo, usted:

Piensa dejar de fumar en los próximos seis meses. No-1 Sí-2

Se propuso y está decidido a dejar de fumar en los próximos 30 días. No-2 Sí-3

Dejó de fumar. Entre 1 a 6 meses-4 Entre 7 y 24 meses-5

11 ¿Usted ya intentó dejar de fumar alguna vez (y lo logró por más de 1 día)?  
No-1 Sí-2

12 ¿En los últimos 12 meses usted intentó dejar de fumar (y lo logró por más de 1 día)?  
No-1 Sí-2

13 ¿Cuántas veces dejó de fumar por 1 día o más en los últimos 12 meses?:

14 ¿Cuál cree usted que fue la causa principal por la que después de dejar de fumar volvió a hacerlo?:

El hábito  
Situación personal difícil  
Situación personal agradable  
Fumadores en casa  
Rutinas de grupo en el trabajo o la diversión  
Otro, ¿cuál?

15 Su tentación por fumar es mayor cuando usted está:

Triste  
Preocupado  
Alegre  
Tranquilo  
Otro, ¿cuándo?

16 Voy a leer una serie de frases; usted me debe decir si está o no de acuerdo  
Sí / De acuerdo (3) No / En desacuerdo (1)

- a. Siente culpa por fumar
- b. Dejar de fumar es posible
- c. Fumar hace mal a su salud
- d. Fumar reduce su capacidad física
- e. Es agradable imaginarse a sí mismo sin fumar
- f. Está informado sobre los riesgos de salud por fumar
- g. Su familia se molesta por su hábito de fumar
- h. Sus allegados se preocupan porque usted fuma
- i. Siente que es flojo por no parar de consumir cigarrillos
- j. Su capacidad de concentración es independiente de fumar
- k. Al fumar puede afectar la salud de su familia y la de otras personas
- l. Sus familiares van a sufrir si usted se enferma por su hábito de fumar
- m. Lo afectan las críticas de personas allegadas hacia su hábito de fumar
- n. Su capacidad de relacionarse con otras personas es independiente de fumar
- o. Le gustaría tener en cuenta las advertencias sobre los riesgos del hábito de fumar
- p. Es considerado con otras personas cuando decide fumar en un lugar cerrado o público

Total  
BD:

17 Su nivel de confianza en nunca más volver a fumar es:

Ninguno 1    Bajo 2    Medio 3    Alto 4    Total 5

## Reconocimientos

Al Dr. James O. Prochaska, del centro para la prevención e investigación del cáncer de la Universidad de Rhode Island, USA. Al Instituto Nacional de Cáncer, INCA del Ministerio de Salud del Brasil y a la Comisión Estatal de Prevención y Control del Tabaquismo, CETAB de la Secretaría Estatal de Salud del Estado de São Paulo, Brasil.

## Referencias

1. Cabrera G. Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo em Zarzal, Colombia 1999. São Paulo; 1999. Tese CIR/Faculdade de Saúde Pública USP.
2. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997;12:38-48.
3. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.
4. Glanz K, Lewis F, Rimer B (editores). Health behavior and health education: theory, research and practice. 2ª ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
5. Coombes Y, McPherson K. Review of health related models of behavior change: a report prepared for the department of health in England. London: Health promotion sciences unit of London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1996.
6. Cabrera G, Candeias N. El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 1999; 17(1):9-16.
7. Prochaska J. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Homewood-IL: Dorsey; 1979.
8. Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288.
9. Prochaska J, DiClemente C. The transtheoretical approach. New York: Dow Jones; 1984.
10. Prochaska J, Velicer W, Rossi J, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13:39-46.